

NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN LIPID MÁU TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2, ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 354

BSCKI. NGUYỄN THỊ DUYỀN - Bệnh viện Quân y 354

PGS.TS. ĐOÀN VĂN ĐỆ - Bệnh viện Quân y 103

Phản biện khoa học: PGS.TS. NGUYỄN MINH NÚI

Phó Chủ nhiệm Bộ môn Khớp - Nội tiết, Học viện Quân y

TÓM TẮT: Nghiên cứu 421 bệnh nhân đái tháo đường típ 2, khám chữa bệnh ban đầu và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 12/2018 đến tháng 3/2019. **Kết luận:**

- Bệnh nhân trung bình $67,11 \pm 8,59$ tuổi; thời gian phát hiện bệnh trung bình $9,46 \pm 6,40$ năm. 59,86% bệnh nhân thừa cân, béo phì; 85,27% bệnh nhân tăng WHR và 79,10% bệnh nhân tăng huyết áp. 50,93% bệnh nhân là nam giới (73,4% có rối loạn lipid máu). 49,07% bệnh nhân là nữ giới (74,3% có rối loạn lipid máu). 214 bệnh nhân (50,83%) không dùng thuốc điều trị rối loạn lipid máu trong 3 tháng (trong đó, 73,83% có rối loạn lipid máu và 26,17% lipid máu bình thường); 207 bệnh nhân (49,17%) đã và đang dùng thuốc điều trị rối loạn lipid máu trong 3 tháng.

- Trong số 214 bệnh nhân ĐTĐ không dùng thuốc điều trị rối loạn lipid máu trong 3 tháng, có 41,59% tăng cholesterol, 55,14% tăng LDL-c, 31,31% tăng triglycerid, 19,16% giảm HDL-c; 26,16% rối loạn 2 thành phần (58,93% tăng đồng thời cholesterol và LDL-c); 18,69% rối loạn 3 thành phần (với 67,50% tăng đồng thời cholesterol, triglycerid và LDL-c). 66,7% bệnh nhân dưới 50 tuổi có rối loạn lipid máu, 80,0% bệnh nhân từ 50-59 tuổi có rối loạn lipid máu, 69,2% bệnh nhân từ 60-69 tuổi có rối loạn lipid máu, 77,2% bệnh nhân trên 70 tuổi có rối loạn lipid máu; 85,0% bệnh nhân phát hiện có rối loạn lipid máu trong thời gian từ 1-5 năm; 70,21% bệnh nhân rối loạn lipid máu có kiểm soát glucose máu tốt + chấp nhận, 69,53% bệnh nhân rối loạn lipid máu có kiểm soát HbA1c ở mức tốt + chấp nhận.

Từ khóa: Đái tháo đường típ 2, rối loạn lipid máu, triglycerid, cholesterol.

ABSTRACT: Study on the 421 patients with type 2 diabetes, who had an initial medical examination and treated at the Military hospital 354, from December 2018 to March 2019. **Concluded:**

- The average age of patients was 67.11 ± 8.59 years; the average time of disease detection was 9.46 ± 6.40 years. There were 59.86% of patients overweight and obese; 85.27% of patients increased WHR and 79.10% of patients with hypertension. 50.93% of patients were male (73.4% with dyslipidemia). 49.07% of patients were female (74.3% with dyslipidemia). 214 patients (50.83%) did not use the medication in the treatment of dyslipidemia for 3 months (of which 73.83% with dyslipidemia and 26.17% with normal lipid levels in the blood); 207 patients (49.17%) have been taking the medication in the treatment of dyslipidemia for 3 months.

- Among 214 diabetic patients who did not use medication in the treatment of dyslipidemia for 3 months, there were 41.59% of patients increased cholesterol, 55.14% increased LDL-c, 31.31% increased triglyceride, 19.16% decreased HDL-c; 26.16% with disorders of two components (58.93% simultaneously increased cholesterol and LDL-c); 18.69% with disorders of three components (with 67.50% simultaneously increased cholesterol, triglyceride and LDL-c). There were 66.7% of patients with dyslipidemia aged under 50 years, 80.0% of patients with dyslipidemia aged 50 -59 years, 69.2% of patients with dyslipidemia aged 60-69 years, 77.2% of patients with dyslipidemia aged over 70 years; 85.0% of patients detected dyslipidemia within 1-5 years; 70.21% of patients with dyslipidemia had good blood glucose control + accepted, 69.53% of patients with dyslipidemia had good HbA1c control + accepted.

Keywords: Type 2 diabetes, dyslipidemia, triglyceride, cholesterol.

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKI. Nguyễn Thị Duyên, Email: nguyenthiduyen10081979@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/4/2019; mời phản biện khoa học: 04/5/2019; chấp nhận đăng: 30/5/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Đái tháo đường (ĐTĐ) đang là một trong những vấn đề y tế cấp bách toàn cầu, là gánh nặng tài chính cho chăm sóc y tế, đặc biệt ở các nước thu nhập thấp và trung bình. Theo Liên đoàn ĐTĐ quốc tế (IDF), năm 2017, toàn thế giới

có 425 triệu người (từ 20-79 tuổi) mắc bệnh ĐTĐ, chiếm 12% chi phí y tế toàn cầu (khoảng 727 tỉ USD). Dự báo đến năm 2014, số người mắc bệnh ĐTĐ sẽ tăng 48% (khoảng 629 triệu người mắc), với chi phí y tế toàn cầu cho điều trị sẽ lên tới 776 tỉ USD [8]. Tại Việt Nam, năm 2015 có 3,5 triệu

bệnh nhân (BN) ĐTĐ (chiếm 6% người từ 20-79 tuổi); dự báo đến năm 2040, số mắc bệnh sẽ lên tới 6,1 triệu người, với chi phí y tế trên đầu người hằng năm là 162,7 USD [9].

Các yếu tố nguy cơ đi kèm ở BN ĐTĐ típ 2 thường là tăng huyết áp (THA), thừa cân - béo phì, rối loạn lipid (RLLP) máu. Các yếu tố nguy cơ này làm tăng tỉ lệ xơ vữa động mạch và các biến chứng tim mạch, não, mắt... Do đó, kiểm soát glucose máu bao giờ cũng phải đi kèm với việc điều chỉnh các yếu tố nguy cơ, nhất là THA và RLLP. Kiểm tra định kì lipid máu trên BN ĐTĐ là rất cần thiết, nhằm giá nguy cơ mắc các biến chứng, đưa ra biện pháp và mục tiêu thích hợp cho BN. Hiện nay, có nhiều biện pháp nhằm giảm thiểu biến chứng và tỉ lệ tử vong do bệnh ĐTĐ. Một số nước trên thế giới quản lí BN ĐTĐ theo mô hình hội BN ĐTĐ, câu lạc bộ BN ĐTĐ, phòng giáo dục tư vấn BN ĐTĐ tại bệnh viện và cộng đồng... Ở Việt Nam, tình hình quản lí bệnh ĐTĐ còn nhiều hạn chế. Thực tế, có rất ít BN kiểm soát tốt glucose máu và các yếu tố nguy cơ. Một số nghiên cứu cho thấy, ở BN ĐTĐ có kết hợp tăng LDL-c, tăng triglycerid (TG), giảm HDL-c máu sẽ làm tăng nguy cơ mắc bệnh mạch vành.

Hàng năm, Bệnh viện Quân y 354 khám, điều trị và quản lí hàng ngàn BN ĐTĐ, nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá các yếu tố nguy cơ và tình trạng kiểm soát đa yếu tố ở BN ĐTĐ típ 2. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá tình trạng RLLP máu trên BN ĐTĐ típ 2, được quản lí điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 354.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

421 BN ĐTĐ típ 2 khám, quản lí điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 12/2018 đến 3/2019, đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ các BN ĐTĐ thai kì; BN dùng corticoid trong 3 tháng trước đó; BN kèm theo bệnh nội tiết khác, bệnh mạn tính nặng hoặc hội chứng Cushing, hội chứng thận hư; BN không đủ dữ liệu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang.
- Tính cỡ mẫu theo công thức:

$$\frac{Z_{\alpha/2}^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

Từ đó, ta có cỡ mẫu ước tính $n = 376$. Thực tế, cỡ mẫu trong nghiên cứu là 421 BN.

- Tiêu chí đánh giá:

+ Chẩn đoán ĐTĐ theo khuyến cáo của Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ (ADA- 2010, khi có 1 trong các tiêu chuẩn) [4]: (1) glucose máu lúc đói $\geq 7,0$ mmol/L (≥ 126 mg/dL); (2) glucose máu bất kì $\geq 11,1$ mmol/L (≥ 200 mg/dL) kèm triệu chứng cổ điển của tăng glucose máu; (3) glucose máu 2 giờ trong nghiệm pháp dung nạp glucose $\geq 11,1$

mmol/L (≥ 200 mg/dL); (4) HbA1c $\geq 6,5\%$.

+ Chẩn đoán ĐTĐ típ 2 [2]: bệnh thường khởi phát trên 30 tuổi, trên người có thể trạng béo hoặc trung bình; diễn biến bệnh từ từ, ít gặp tăng ceton máu; nồng độ insulin huyết thanh bình thường hoặc tăng; điều trị bằng tiết chế hoặc thuốc uống hạ glucose máu có giảm.

+ Chẩn đoán RLLP máu theo khuyến cáo Hội tim mạch Việt Nam 2008 [5].

+ Chẩn đoán và phân loại THA theo JNC VII (2003) [5]. Đo huyết áp theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) năm 1999.

+ Chỉ số khối cơ thể áp dụng cho người châu Á trưởng thành [6]: BMI = cân nặng/(chiều cao)².

+ Đánh giá béo phì theo tiêu chuẩn của WHO trên người châu Á [6]: vòng bụng ≥ 90 cm, tỉ số vòng bụng/vòng mông (WHR) $> 0,9$ (với nam) hoặc vòng bụng ≥ 80 cm, WHR $> 0,85$ (với nữ).

- Xét nghiệm: định lượng glucose máu tĩnh mạch lúc đói (8-12 giờ sau nhịn ăn) bằng phương pháp enzyme so màu; định lượng HbA1c bằng phương pháp đo độ đục; định lượng lipid máu theo phương pháp enzyme so màu; thực hiện tại Khoa Xét nghiệm, Bệnh viện Quân y 354, trên máy sinh hóa Cobas C111 của Đức.

- Xử lí số liệu: bằng chương trình phần mềm SPSS 20.0. Tính tỉ lệ các biến định tính và trị số trung bình các biến định lượng. So sánh các trị số trung bình thông qua kiểm định T-student; so sánh các tỉ lệ thông qua kiểm định χ^2 .

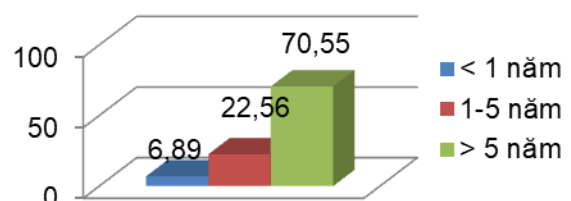
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

Bảng 1. Phân bố theo tuổi và giới tính.

Tuổi	Nam		Nữ		Chung	
	n	%	n	%	n	%
Dưới 50	12	5,66	4	1,91	16	3,80
Từ 50-59	24	11,32	25	11,96	49	11,64
Từ 60-69	88	41,51	91	43,54	179	42,52
≥ 70	88	41,51	89	42,59	177	42,04
Tổng	212	50,36	209	49,64	421	100
p	$> 0,05$					
$\bar{X} \pm SD$ (min-max)	66,93 $\pm$ 9,3 (34-87)		67,29 $\pm$ 7,72 (41-84)		67,11 $\pm$ 8,59 (34-87)	

- Thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ típ 2:



Biểu đồ 1. Thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ.

Bảng 2. Chỉ số BMI.

BMI (kg/m ²)	Nam (n = 212)	Nữ (n = 209)	Chung (n = 421)
Gầy	9 (4,25%)	6 (2,87%)	15 (3,56%)
B.thường	80 (37,73%)	74 (35,41%)	154 (36,58%)
Thừa cân	53 (25,00%)	58 (27,75%)	111 (26,37%)
Béo phì	70 (33,02%)	71 (33,97%)	141 (33,49%)
p	> 0,05		
$\bar{X} \pm SD$ (min-max)	23,55 $\pm$ 2,75 (15,63-30,92)	23,87 $\pm$ 3,06 (15,63-38,45)	23,71 $\pm$ 2,91 (15,63-38,45)

Bảng 3. Chỉ số WHR.

Chỉ số WHR	Nam (n = 212)		Nữ (n = 209)		Chung (n = 421)	
	n	%	n	%	n	%
B.thường	44	20,75	18	8,61	62	14,73
Tăng	168	79,25	191	91,39	359	85,27
p	< 0,001					
$\bar{X} \pm SD$ (min-max)	0,94 $\pm$ 0,05 (0,69-1,15)		0,92 $\pm$ 0,05 (0,70-1,12)		0,93 $\pm$ 0,05 (0,69-1,15)	

- Tình trạng huyết áp: 333 BN (79,10%) có bệnh THA và 88 BN (20,90%) không mắc THA.

3.2. Đặc điểm về RLLP trên BN ĐTĐ típ 2:

3.2.1. Phân bố tỉ lệ BN điều trị RLLP máu trong vòng 3 tháng:

Bảng 4. Phân bố tỉ lệ BN điều trị RLLP máu trong vòng 3 tháng.

Lipid máu	Không điều trị	Đã và đang điều trị	Chung
Bình thường	56 (26,17%)	38 (18,36%)	94 (22,33%)
Rối loạn	158 (73,83%)	169 (81,64%)	327 (77,67%)
Tổng	214 (50,83%)	207 (49,17%)	421 (100%)
p	> 0,05		

3.2.2. Đặc điểm RLLP máu trên BN ĐTĐ típ 2:

Đánh giá về đặc điểm RLLP trên BN ĐTĐ típ 2, chúng tôi đi sâu nghiên cứu 214 BN không dùng thuốc điều trị RLLP máu trong vòng 3 tháng.

- Phân bố tỉ lệ RLLP máu theo các tiêu chí:

Bảng 5. Phân bố BN RLLP máu theo giới tính.

RLLP	Nam (n = 109)	Nữ (n = 105)	Chung (n = 214)
Có	80 (73,4%)	78 (74,3%)	158 (73,8%)
Không	29 (26,6%)	27 (25,7%)	56 (26,2%)
p	> 0,05		

Bảng 6. Phân bố BN RLLP máu theo độ tuổi.

Tuổi	Có (n = 158)	Không (n = 56)	Chung (n = 214)
Dưới 50	4 (66,7%)	2 (33,3%)	6 (100%)
Từ 50-59	20 (80,0%)	5 (20,0%)	25 (100%)
Từ 60-69	63 (69,2%)	28 (30,8%)	91 (100%)
≥ 70	71 (77,2%)	21 (22,8%)	92 (100%)
p	> 0,05		

Bảng 7. Phân bố BN RLLP máu theo thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ.

Thời gian	Có (n = 158)	Không (n = 56)	Chung (n = 214)
< 1 năm	11 (73,3%)	4 (26,7%)	15 (100%)
1-5 năm	34 (85,0%)	6 (15,0%)	40 (100%)
> 5 năm	113 (71,1%)	46 (28,9%)	159 (100%)
p	> 0,05		

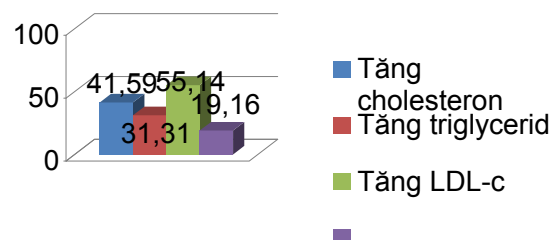
Bảng 8. Tỉ lệ RLLP máu và mức độ kiểm soát glucose máu.

Kiểm soát glucose máu	RLLP máu		Chung (n = 214)
	Có (n = 158)	Không (n = 56)	
Tốt + chấp nhận	33 (70,21%)	14 (29,79%)	47 (100%)
Kém	125 (74,85%)	42 (36,15%)	167 (100%)
p	> 0,05		

Bảng 9. Tỉ lệ RLLP máu và mức độ kiểm soát HbA1c.

Kiểm soát HbA1c	RLLP máu		Chung (n = 214)
	Có (n = 158)	Không (n = 56)	
Tốt + chấp nhận	89 (69,53%)	39 (31,47%)	128 (100%)
Kém	69 (80,23%)	17 (19,77%)	86 (100%)
p	> 0,05		

- Tỉ lệ RLLP máu theo từng thành phần:



Biểu đồ 2. Tỉ lệ RLLP từng thành phần.

- Trị số các thành phần lipid máu trên BN RLLP máu:

+ TC: từ 2,73-8,59, trung bình 5,16 $\pm$ 1,11 mmol/l.

+ TG: từ 0,55-18,89, trung bình 2,23 $\pm$ 1,72 mmol/l.

+ LDL-c: từ 1,02-6,80, trung bình $3,41 \pm 1,10$ mmol/l.

+ HDL-c: từ 0,59-3,41, trung bình $1,17 \pm 0,35$ mmol/l.

- Số thành phần lipid máu bất thường trên mỗi BN RLLP máu (n = 214):

+ RLLP 1 thành phần: 55 BN (25,70%).

+ RLLP 2 thành phần: 56 BN (26,16%).

+ RLLP 3 thành phần: 40 BN (18,69%).

+ RLLP 4 thành phần: 7 BN (3,27%).

- Các kiểu phối hợp trên BN RLLP máu 2 thành phần (n = 56):

+ Tăng TC + TG: 3 BN (5,36%).

+ Tăng TC + giảm HDL-c: 1 BN (1,78%).

+ Tăng TC + tăng LDL-c: 33 BN (58,93%).

+ Tăng TG + giảm HDL-c: 5 BN (8,93%).

+ Tăng TG + tăng LDL-c: 7 BN (12,50%).

+ Giảm HDL-c + tăng LDL-c: 7 BN (12,50%).

- Các kiểu phối hợp trên BN RLLP máu 3 thành phần (n = 40):

+ Tăng TC + tăng TG + tăng LDL-c: 27 BN (67,50%).

+ Tăng TC + tăng TG + giảm HDL-c: 1 BN (2,50%).

+ Tăng TC + tăng LDL-c + tăng HDL-c: 6 BN (15,0%).

+ Tăng TC + tăng LDL-c + giảm HDL-c: 6 BN (15,0%).

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

- BN phân bố từ 34-87 tuổi, trung bình 67,11 $\pm$ 8,59 tuổi, trong đó 84,56% BN trên 60 tuổi. Kết quả này tương đương nghiên cứu của Đặng Hồng Thanh (89% BN trên 60 tuổi) [5], nhưng cao hơn nghiên cứu của Đặng Thị Nga (45,25% BN trên 60 tuổi) [11]. Hầu hết các nghiên cứu đều thấy, độ tuổi càng cao thì tỉ lệ mắc bệnh ĐTĐ càng tăng. Tuổi cao, khả năng tiết insulin của tụy giảm, nồng độ glucose máu tăng, đồng thời giảm sự nhạy cảm của tế bào với các kích thích của insulin. Khi tế bào tụy không còn khả năng đáp ứng theo nhu cầu cần thiết của cơ thể, dẫn tới glucose máu lúc đói tăng và ĐTĐ thật sự xuất hiện. Nghiên cứu của Tạ Văn Bình thấy tỉ lệ bệnh ĐTĐ dường như tăng nhanh ở mốc 45 tuổi (4,6%) và 60 tuổi (10,1%). Độ tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của Đặng Hồng Thanh ($69,0 \pm 8,0$ tuổi) [3], song cao hơn kết quả nghiên cứu của Ngô Ngọc Tước ($63,14 \pm 8,36$ tuổi), Trần Thị Thanh Hóa ($56,08 \pm 9,12$ tuổi) [1].

- Tỉ lệ BN nam (50,35%) tương đương BN nữ (49,64%), khác với nghiên cứu của Đặng Hồng

Thanh (BN nam 32,6%, BN nữ 67,4%) [3]. Sự khác biệt tỉ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ có thể do lối sống và đặc điểm từng vùng miền.

- Thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ trung bình là $9,46 \pm 6,40$ năm, trong đó chủ yếu phát hiện bệnh trên 5 năm (70,55% BN). Theo nghiên cứu của Đặng Hồng Thanh (2016), 54,8% BN phát hiện bệnh từ 1-5 năm, 39,2% BN phát hiện bệnh trên 5 năm, trung bình là $5,5 \pm 5,1$ năm [3]; Peter Bytzer (2001) thấy 43,3% BN phát hiện bệnh ĐTĐ dưới 5 năm, 20,1% BN phát hiện bệnh ĐTĐ từ 5-10 năm và 29,3% BN phát hiện bệnh ĐTĐ trên 10 năm [7]. Như vậy, thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ tip 2 rất khác nhau, tùy thuộc vào đối tượng lựa chọn trong các nghiên cứu. Bệnh ĐTĐ tip 2 tiến triển âm thầm, từ từ, hầu như không có triệu chứng, do vậy, phát hiện bệnh thường muộn và nhiều BN khi phát hiện bệnh đã có biến chứng. Đây là khó khăn chung trong việc kiểm soát bệnh ĐTĐ tip 2 đạt được mục tiêu.

- Nghiên cứu của chúng tôi thấy BMI của BN từ 15,63-38,45 kg/m², trung bình là $23,71 \pm 2,91$ kg/m². 59,86% BN thừa cân - béo phì (trong đó có 33,49% béo phì); cao hơn so với nghiên cứu của Đặng Hồng Thanh (42,5% BN thừa cân - béo phì, trong đó có 17,9% béo phì; BMI trung bình là $22,7 \pm 2,7$ kg/m²) [3]; tương đương nghiên cứu của Trần Thị Thanh Hóa (BMI trung bình BN là $23,28 \pm 2,79$ kg/m²) [1].

- WRH của BN trong nghiên cứu từ 0,69-1,15, trung bình là $0,93 \pm 0,05$, trong đó đa số BN tăng WHR (chiếm 85,27%). Khác biệt WHR giữa BN nam và nữ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$; tương đương với kết quả nghiên cứu của Đặng Hồng Thanh (85,4% BN tăng WHR, WHR trung bình là $0,94 \pm 0,06$) [3]. Từ các nghiên cứu điều tra dịch tễ cho thấy, tỉ lệ thừa cân - béo phì cao ở các nước phát triển, kéo theo là hội chứng chuyển hóa, trong đó có ĐTĐ tip 2. Tăng cân - béo phì được thể hiện bằng chỉ số BMI cao, đặc biệt là béo trung tâm với tăng vòng bụng, gây đề kháng insulin và RLLP máu. Hoạt động thể chất đóng một vai trò quan trọng trong việc trì hoãn hoặc ngăn ngừa sự phát triển của ĐTĐ tip 2 ở người có nguy cơ trực tiếp bằng cách cải thiện độ nhạy insulin và làm giảm đề kháng insulin; gián tiếp bằng cách thay đổi có lợi trọng lượng cơ thể và thành phần trong cơ thể. Nghiên cứu tại Hoa Kỳ năm 2000, những người 60 tuổi thì có 60% quá cân, 31% béo phì, 4-5% bệnh béo phì [10].

- THA thường đi kèm ở BN ĐTĐ. Tuy nhiên, phân biệt THA là bệnh đi kèm hay là hậu quả của bệnh ĐTĐ rất khó. Kết quả nghiên cứu cho thấy, 79,1% BN có THA; cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Đặng Hồng Thanh (19,3% BN THA [3]).

THA và ĐTĐ là yếu tố nguy cơ bệnh lí mạch vành. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy, 30-70% biến chứng ĐTĐ có liên quan bệnh lí của THA. Các yếu tố nguy cơ với bệnh lí mạch máu thường gắn bó với nhau là THA, tuổi, stress, nồng độ TC máu tăng. THA có RLLP máu là yếu tố nguy cơ biến chứng bệnh lí thần kinh và tăng tỉ lệ xơ vữa động mạch ở người ĐTĐ tip 2. Kiểm soát huyết áp chặt chẽ ở BN THA và bệnh ĐTĐ tip 2 sẽ giảm nguy cơ tử vong, các biến chứng liên quan đến bệnh ĐTĐ.

4.2. Đặc điểm RLLP máu:

4.2.1. Phân bố tỉ lệ BN điều trị RLLP máu trong vòng 3 tháng:

- Kết quả nghiên cứu cho thấy, có 214 BN (50,83%) không dùng thuốc điều trị RLLP máu trong vòng 3 tháng, 207 BN (49,17%) đã và đang dùng các thuốc điều trị RLLP máu trong vòng 3 tháng; cao hơn nghiên cứu của Đặng Hồng Thanh (36,5% BN đã và đang dùng các thuốc điều trị RLLP máu trong vòng 3 tháng) [3].

4.2.2. Đặc điểm RLLP máu trên BN ĐTĐ tip 2:

Đi sâu nghiên cứu 214 BN không dùng thuốc điều trị RLLP máu trong vòng 3 tháng trước nghiên cứu, chúng tôi thấy:

- Phân bố tỉ lệ RLLP máu trên BN không dùng thuốc: 158/214 BN (73,83%) có RLLP máu, 56 BN (26,17%) lipid máu bình thường; cao hơn nghiên cứu của Trần Văn Hiền (tỉ lệ RLLP máu là 65,3%), Đặng Hồng Thanh (tỉ lệ RLLP máu là 57,6%); tương đương nghiên cứu của Trần Thị Thanh Hóa (tỉ lệ RLLP máu là 70,4%) [1], Ritam B và Sharmistha B (tỉ lệ RLLP máu là 78,4%) [12].

- Phân bố BN RLLP máu theo giới tính: 80/109 BN (73,4%) nam giới có RLLP máu, 78/105 BN (74,3%) nữ giới có RLLP máu, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- Phân bố RLLP máu theo tuổi: 66,7% BN dưới 50 tuổi có RLLP, 80,0% BN từ 50-59 tuổi có RLLP, 69,2% BN từ 60-69 tuổi có RLLP, 77,2% BN trên 70 tuổi có RLLP. Khác biệt giữa BN nam và nữ trong cùng nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

- Phân bố BN RLLP máu theo thời gian mắc bệnh: BN mắc ĐTĐ dưới 1 năm có tỉ lệ RLLP là 73,3%; BN mắc ĐTĐ từ 1-5 năm có tỉ lệ RLLP cao nhất (85,0%) và tỉ lệ RLLP ở BN mắc ĐTĐ trên 5 năm là 71,1%, khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

- Mức độ kiểm soát glucose máu trên BN có RLLP máu: 70,21% BN có RLLP máu kiểm soát glucose máu tốt và chấp nhận, 74,85% BN có RLLP máu kiểm soát glucose máu kém, khác biệt không có ý nghĩa, với $p > 0,05$. Theo Tạ Văn

Bình, BN ĐTĐ tip 2 chưa được dùng insulin hoặc thuốc hạ glucose máu thường có tăng TG máu và có mức HDL thấp. Mức TG huyết tương của họ tương quan thuận với mức độ kiểm soát glucose máu. Bắt đầu sử dụng insulin hoặc các thuốc sulfamid làm hạ glucose máu, dẫn đến giảm VLDL và tăng HDL-c. Nghiên cứu của Đặng Hồng Thanh lại cho thấy, tỉ lệ rối loạn chuyển hóa lipid tăng dần theo mức độ kiểm soát glucose máu, mức độ kiểm soát tốt có tỉ lệ rối loạn chuyển hóa lipid thấp nhất (21,7%), mức độ kiểm soát kém có tỉ lệ rối loạn chuyển hóa lipid cao nhất (64,7%), khác biệt này rất có ý nghĩa với $p < 0,001$ [3].

- Mức độ kiểm soát HbA1c trên BN có RLLP máu: 69,53% BN có RLLP máu kiểm soát HbA1c ở mức tốt và chấp nhận, 80,23% BN có RLLP máu kiểm soát HbA1c ở mức kém, khác biệt không có ý nghĩa, với $p > 0,05$. Theo nghiên cứu của Đặng Hồng Thanh, rối loạn chuyển hóa lipid tăng dần theo mức độ kiểm soát HbA1c, mức độ kiểm soát tốt có tỉ lệ rối loạn chuyển hóa lipid thấp nhất (14,3%), mức độ kiểm soát kém có tỉ lệ rối loạn chuyển hóa lipid cao nhất (91,7%), khác biệt này rất có ý nghĩa với $p < 0,001$ [3].

- Tỉ lệ RLLP máu theo từng thành phần: 41,59% BN tăng TC, giá trị trung bình là $5,16 \pm 1,11$ mmol/l; 55,14% BN tăng LDL-c, giá trị trung bình là $3,41 \pm 1,10$ mmol/l; 31,31% tăng TG, giá trị trung bình là $2,23 \pm 1,72$ mmol/l; 19,16% BN giảm HDL-c, giá trị trung bình là $1,17 \pm 0,35$ mmol/l; cao hơn so với nghiên cứu của Đặng Hồng Thanh (32,5% tăng TC, giá trị trung bình là $4,9 \pm 0,87$ mmol/l; 32,5% tăng LDL-c, giá trị trung bình là $2,8 \pm 0,7$ mmol/l; 33,5% tăng TG, giá trị trung bình là $2,2 \pm 1,3$ mmol/l; 6,3% giảm HDL-c, giá trị trung bình là $1,4 \pm 0,4$ mmol/l [3]), nhưng khác nghiên cứu của Trần Thị Thanh Hóa (30,2% tăng TC, giá trị trung bình là $4,77 \pm 1,17$ mmol/l; 71,4% tăng TG, giá trị trung bình là $2,6 \pm 1,9$ mmol/l; 2% giảm HDL-c, giá trị trung bình là $1,17 \pm 0,48$ mmol/l; 71,4% tăng LDL-c, giá trị trung bình là $3,00 \pm 3,2$ mmol/l [1]). Tăng TG là một trong các yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành. Theo nghiên cứu của PROCAM, nếu tăng TG thêm 1 mmol/l thì tăng nguy cơ bệnh mạch vành từ 14-32% ở nam giới.

- Số thành phần lipid máu rối loạn trên một BN: 25,7% BN rối loạn 1 thành phần, 26,16% BN rối loạn 2 thành phần, 18,69% BN rối loạn 3 thành phần, 3,27% BN rối loạn 4 thành phần; tương đương với nghiên cứu của Đặng Hồng Thanh (23,6% BN rối loạn 1 thành phần, 22,5% BN rối loạn 2 thành phần, 9,9% BN rối loạn 3 thành phần, 1,6% BN rối loạn 4 thành phần [3]).

- BN có rối loạn 2 thành phần lipid máu kết hợp: chủ yếu BN tăng TC + tăng LDL-c (58,93%), tiếp đến là tăng TG + Tăng LDL-c và giảm HDL-c

+ tăng LDL-c (đều chiếm 12,5%), tăng TG + giảm HDL-c (8,93%), tăng TC + tăng TG (5,36%), thấp nhất là tăng TC + giảm HDL-c (1,78%); tương đương nghiên cứu của Đặng Hồng Thanh (tăng TC + tăng LDL-c (51,2%), các cặp khác có tỉ lệ thấp hơn như tăng TG + tăng LDL-c (20,9%), tăng TC + tăng TG (18,6%) [3]).

- BN có rối loạn 3 thành phần lipid máu: chủ yếu BN tăng TC + tăng TG + tăng LDL-c (67,50%); thấp hơn so với nghiên cứu của Đặng Hồng Thanh (15/19 BN (78,9%) tăng TC + tăng TG + tăng LDL-c [3]).

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh tình trạng kháng insulin thường đi trước sự xuất hiện các triệu chứng lâm sàng của bệnh ĐTĐ tip 2. Đề kháng insulin làm tăng cường giải phóng acid béo tự do vào tuần hoàn và các acid béo tự do này tới gan, kích thích sự tổng hợp và phóng thích VLDL, hậu quả làm tăng TG máu. Sự tăng TG máu là yếu tố quan trọng biểu hiện sự đề kháng insulin và là một trong những tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng chuyển hóa. Ngoài ra, rối loạn enzym cholesteroester tranferase dẫn đến làm giảm HDL-c. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này (biểu đồ 2), thấy tăng TG có tỉ lệ không cao (31,31%), giảm HDL-c có tỉ lệ thấp nhất (19,16%).

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 421 BN ĐTĐ tip 2, khám chữa bệnh ban đầu và quản lí điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 12/2018 đến tháng 3/2019, kết luận:

- BN từ 34-87 tuổi, trung bình $67,11 \pm 8,59$ tuổi, trong đó chủ yếu trên 60 tuổi (84,56% BN). Thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ trung bình $9,46 \pm 6,40$ năm, chủ yếu phát hiện bệnh trên 5 năm (70,55%). BMI của BN từ $15,63-38,45 \text{ kg/m}^2$, trung bình là $23,71 \pm 2,91 \text{ kg/m}^2$ (trong đó có 59,86% BN thừa cân - béo phì). 79,10% BN có THA. BN có WHR từ 0,69-1,15, WHR trung bình là $0,93 \pm 0,05$, đa số BN (85,27%) tăng WHR. 50,93% BN là nam giới, trong đó có 73,4% RLLP máu; 49,07% BN là nữ giới, trong đó có 74,3% RLLP máu. 214 BN (50,83%) không dùng thuốc điều trị RLLP máu trong vòng 3 tháng, 207 BN (49,17%) đã và đang dùng các thuốc điều trị RLLP máu trong vòng 3 tháng. Trong số 214 BN không dùng thuốc điều trị RLLP máu trong vòng 3 tháng, 73,83% có RLLP máu, 26,17% có lipid máu bình thường.

- Trong số 214 bệnh nhân ĐTĐ không dùng thuốc điều trị rối loạn lipid máu trong 3 tháng, có 41,59% BN tăng TC, 55,14% BN tăng LDL-c, 31,31% tăng TG, 19,16% BN giảm HDL-c; 26,16% BN rối loạn 2 thành phần, trong đó chủ yếu BN tăng TC + tăng LDL-c (58,93%); 18,69%

BN rối loạn 3 thành phần, trong đó chủ yếu BN tăng TC + tăng TG + tăng LDL-c (67,50%); 66,7% BN dưới 50 tuổi có RLLP, 80,0% BN từ 50-59 tuổi có RLLP, 69,2% BN từ 60-69 tuổi có RLLP, 77,2% BN trên 70 tuổi có RLLP; đa số BN phát hiện có RLLP máu trong thời gian từ 1-5 năm (85,0%); 70,21% BN có RLLP máu kiểm soát đường máu tốt + chấp nhận, 69,53% BN có RLLP máu kiểm soát HbA1c ở mức tốt + chấp nhận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Trần Thị Thanh Hóa (2014), "Khảo sát rối loạn lipid máu ở BN ĐTĐ tip 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương", *Tạp chí Y học thực hành*, số 929+930, tr. 102-105.
2. Nguyễn Thị Thúy Hiếu, Nguyễn Văn Hùng (2014), "Nghiên cứu đặc điểm RLLP máu ở BN ĐTĐ tại Bệnh viện Đại học Y Hải phòng", *Kỷ yếu hội nghị khoa học về nội tiết và chuyển hóa toàn quốc lần thứ VII*, tr. 65.
3. Đặng Hồng Thanh (2016), *Nghiên cứu tình trạng RLLP ở BN ĐTĐ tip 2 điều trị nội trú tại Bệnh viện Phòng không- không quân*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Học viện Quân y.
4. Nguyễn Khoa Diệu Vân (2012), "Đái tháo đường", trong: *Bệnh học nội khoa tập 2*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. Hội Tim mạch Việt Nam (2008), "Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị RLLP máu", *Khuyến cáo 2008 về các bệnh lí tim mạch và chuyển hóa*, Nhà xuất bản Y học.
6. Nguyễn Hải Quý Trâm và cộng sự (2012), "Tỉ lệ mỡ cơ thể và mức mỡ nội tạng", *Tạp chí Nội tiết ĐTĐ*, tr. 570-582.
7. Peter Bytzer, Nicholas J, Talley, et al (2001), "Prevalence of Gastrointestinal Symptoms Associated with Diabetes Mellitus", *ARCHINTERN Med*, 161, pp. 1989 - 1996.
8. International Diabetes Federation (2017), *Diabetes Atlas*, 8 Edition.
9. International Diabetes Federation (2015), *Diabetes Atlas*, Seventh Edition.
10. John M Cruickshank (2013), *Pathophysiology, Essential Hypertension, people medical publishing house - USA*, pp. 53-88.
11. Judy Hannah Dongsheng Hu (2000), "Effects of Obesity and Body Fat Distribution on Lipids and Lipoproteins in Nondiabetic American Indians", *The Strong Heart Study*.
12. Ritam B, Sharmistha B (2014), "Dyslipidemia and it relationship with cardiovascular risk factors in a selected population of siliguri city, west Bengan, India", *Asian Journal of Medical Science*, Original article, vol-5 No. □